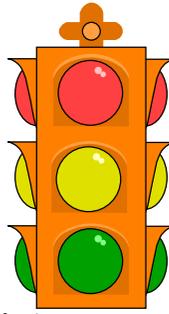


PLAN DE ACCIÓN DE ASMA



Verde significa **SEGUIR**

Amarillo significa **PRECAUCION**

Rojo significa **PARE!**

Nombre: _____

Doctor: _____ Fecha del Plan: _____

*Cifra inicial de Flujo: _____ Cifra Esperada: _____

*(Use la cifra esperada de flujo, estimando hasta que sepa cual es su mejor cifra.)

ZONA	Síntomas y Señales	Medicinas Que Tomar		
Zona Verde 	<ul style="list-style-type: none"> La respiración está bien. No tiene tos ni silbidos. Puede trabajar y jugar bien. Cifra de flujo es _____ ó Más. (80% a 100% del mejor record.) 	Medicina	Cuánto tomar	Cuándo tomar
<hr/> <hr/> <hr/>				
Zona Amarilla 	<ul style="list-style-type: none"> A la primera señal de una gripe. Si es que está teniendo síntomas de asma más de 1 vez por semana. Si es que usa su medicamento de rescate (albuterol) más de 2 veces por semana. Si se despierta en la noche con síntomas más de 2 veces al mes. Cifra de flujo es: _____ a _____ (50% a 80% del mejor record) 	Medicina	Cuánto tomar	Cuándo tomar
<hr/> <hr/> <hr/> <p><i>Continue con sus medicamentos de zona amarilla, hasta:</i></p> <hr/> <hr/>				
Zona Roja 	<ul style="list-style-type: none"> Las medicinas no le están ayudando. La respiración está rápida y difícil. No puede hablar bien. Cifra de flujo es menos de: _____ (menos que 50% del mejor record) 	Medicina	Cuánto tomar	Cuándo tomar
<hr/> <hr/> <hr/> <p>Sí los síntomas no mejoran y no puede comunicarse con su doctor, Vaya a la sala de emergencia o llámé al 911 inmediatamente.</p>				

Médico: _____ Fecha: _____

Firma del Doctor

Padre de Familia/Paciente: Me han entregado una copia de este plan y doy permiso para compartirlo con el Educador en el Centro de Educación del Asma (AERC).
 Doy permiso para compartir este plan con la enfermera en la escuela de mi hijo(a), cuando sea necesario.

Firma del Padre/Madre ó Tutor

Fecha: _____